

SECTION 1 - RENSEIGNEMENTS DU PATIENT

NUMÉRO DU FOURNISSEUR	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU FOURNISSEUR	NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE
-----------------------	------------------------------------	------------------------------

NOM DE LA PHARMACIE

ADRESSE

VILLE	PROVINCE	CODE POSTALE
-------	----------	--------------

CODES RAISONS DU RAJUSTEMENT

- 1 – CODE DE SÉLECTION DU PRODUIT MANQUANT – VEUILLEZ INDIQUER : 1 OU 2
- 2 – QUANTITÉ ERRONÉE
- 3 – FORMAT MULTIPLE (c.-à-d. : 1 ML, 5 ML, 10 ML – INDIQUER LE FORMAT PRÉPARÉ)
- 4 – APPROVISIONNEMENT POUR NOMBRE DE MOIS
- 5 – CHANGEMENT DU MONTANT BRUT (COÛT + HONORAIRES)
- 6 – NIM ERRONÉ UTILISÉ
- 7 – ORDONNANCE ANNULÉE OU NON RAMASSÉE (DÉBIT)

RAISON : _____

SECTION 2 - RENSEIGNEMENTS DU MÉDECIN

N° D'IDENTIFICATION DES MEMBRES DU RÉGIME	N° SERV	NOM DE FAMILLE	PRÉNOM	DATE DE LA PRÉPARATION			NIM	N° D'ORDONNANCE	NOM DU MÉDICAMENT	N° DE MOIS	1 O U 2	QTÉ	MONTANT BRUT	((COÛT + HONORAIRES)	CODE RAISON
				A	M	J									

SIGNATURE DU PHARMACIEN	DATE
-------------------------	------

SECTION 3 – INSTRUCTIONS D'ENVOI

VEUILLEZ GARDER UNE COPIE DES ENVOIS POUR VOS DOSSIERS CAR AUCUN DES DOCUMENTS SOUMIS NE SERA RETOURNÉ

VOUS DEVEZ NOUS SOUMETTRE TOUTE DEMANDE DE RÉGLEMENT DANS LES 12 MOIS SUIVANT LA DATE DE SERVICE (À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE DANS VOTRE DOCUMENTATION DU RÉGIME DE PRESTATIONS).

VEUILLEZ INDIQUER SUR L'ENVELOPPE-RÉPONSE :

ASSURANCE GREEN SHIELD CANADA
 C.P. 1652, WINDSOR (ONTARIO) N9A 7G5
 AUX SOINS DU SERVICE DES MÉDICAMENTS

CENTRE DU SERVICE À LA CLIENTÈLE 1.888.711.1119 ou 519.739.1133 FAX 519.739.6483 OU SANS FRAIS:1.866.797.6483
 greenshield.ca